

**PAPEL DA ENFERMAGEM NA EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS:  
A HUMANIZAÇÃO NO PROCESSO DA MORTE E MORRER**

*THE ROLE OF NURSING IN THE TEAM OF THE PALLIATIVE CARE: THE  
HUMANIZATION IN THE PROCESS OF TERMINALITY*

Handersson Cipriano Paillan FRANCO<sup>1</sup>  
Robson STIGAR<sup>2</sup>  
Sílvia Jaqueline Pereira de SOUZA<sup>3</sup>  
Ligia Moura BURCI<sup>4</sup>

---

**RESUMO**

Atualmente verifica-se que existe um grande aumento na cronicidade de doenças, proporcionando maior tempo de vida populacional. Isto faz com que haja a existência não só da morte, mas de todo um processo de adoecimento que leva a morte final. Por isto, cresce cada vez mais a necessidade de estabelecer um modelo universal de assistência no processo de Morte e Morrer, sendo encontrado hoje nos Cuidados Paliativos. Este modelo assistencial, enquanto pode se dizer recente, bem como embasado nos princípios da Bioética, é um modelo ainda em desenvolvimento. E a Enfermagem enquanto área profissional de linha de frente no cuidado necessita estabelecer o seu papel neste tipo assistência. O presente artigo compõe uma Revisão Bibliográfica, tendo por objetivo estabelecer o papel do enfermeiro na execução de Cuidados Paliativos Humanizados a pacientes em processo de Morte e Morrer, delimitando a diferença que os Cuidados Paliativos têm em relação ao modelo comum de assistência e discutir sua relação com a Bioética. A pesquisa foi realizada na base de dados Scielo, sendo dividida em cinco etapas. Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos na língua portuguesa, publicados no Brasil. E como critério de exclusão: artigos que não contemplavam a temática.

---

**PALAVRAS-CHAVE:** cuidados paliativos, bioética, humanização, morte morrer

---

**ABSTRACT**

Currently, is verified that there is a great increase in the chronicity of diseases, providing a longer time of popular life. This causes the existence not only of death, but of a process of illness that leads to final death. Therefore, the need to establish a universal model of assistance in the process of death and dying is growing, and is now found in palliative care. This model of care, while recent, and signed on the principles of Bioethics, is a model still in development. And while the Nursing continues being the professional area in frontline of care, needs to establish your role in this type of care. This present article is a literature review, and aims to establish the role of the nurse in the execution of Humanized Palliative Care to patients in the process of Death and Dying, delimiting the difference that the Palliative Care has in relation to the common model of care and discuss their relationship with Bioethics. The research was carried out in the Scielo database, being divided into five stages. The following inclusion criteria were established: articles in the Portuguese language, published in Brazil. And as a criterion of exclusion: articles that did not contemplate the theme.

---

**KEY WORDS:** palliative care, bioethic, humanization, die and dying

---

---

<sup>1</sup> Acadêmico do curso de Enfermagem da Faculdade Herrero.

<sup>2</sup> Doutorando em Ciências da religião, orientador de Iniciação científica e docente da Faculdade Herrero.

<sup>3</sup> Mestre em Enfermagem, docente na Faculdade Herrero.

<sup>4</sup> Doutorando em Ciências Farmacêuticas, docente na Faculdade Herrero.

\* e-mail para correspondência: robsonstigar@hotmail.com

## 1. INTRODUÇÃO

Atualmente doenças de prognósticos agudos vêm ganhando maior cronicidade. Isto se deve aos avanços presentes na área da saúde, que vem proporcionando um aumento no tempo de vida da população <sup>1</sup>. Olhando por esta ótica, pode se perceber a grande importância que os Cuidados Paliativos têm e terão com o passar dos anos, sendo cada vez mais necessários como modelo de assistência que contemple o fim da vida.

Porém não somente o fim da vida, ou o processo de morte e morrer, mas os processos de adoecimento tornam-se envolvidos, dado o aumento da incidência desta cronicidade nas doenças. E apesar de a longevidade ter aumentado, isto não quer dizer que a qualidade de vida tenha crescido em conjunto com ela <sup>2</sup>. Por isto, é de extrema valia o desenvolver do conhecimento de Cuidados Paliativos, para que haja maior possibilidade de qualidade de vida no adoecer e na morte.

A possibilidade de maior qualidade de vida surge da proposta que os Cuidados Paliativos têm em relação ao processo de adoecimento e o processo de morte e morrer, tendo como objetivo resgatar a dignidade humana do paciente que tem diagnóstico de morte eminente, por meio de um plano terapêutico que esteja embasado nos princípios da bioética, promovendo a autonomia do paciente e/ou familiares <sup>3</sup>.

A enfermagem, enquanto profissão que tem por instrumento a prescrição de cuidados possui um papel fundamental na assistência paliativa, e por isto, deve ter uma assistência que siga o modelo firmado na bioética dos Cuidados Paliativos. Porém, a bioética enquanto ciência em desenvolvimento amplia cada vez mais sua discussão em relação aos temas inerentes a vida humana. Então, torna-se necessário cada vez mais estabelecer o papel do profissional diante deste tipo de assistência, e muito mais ainda no que diz respeito ao processo de morte e morrer, onde o paciente se depara com a finitude.

## 2. METODOLOGIA

O presente artigo compõe uma Revisão Bibliográfica, tendo por objetivo estabelecer o papel do enfermeiro na execução de Cuidados Paliativos Humanizados a pacientes em processo de Morte e Morrer, delimitando a diferença que os Cuidados Paliativos têm em relação ao modelo comum de assistência e discutir sua relação com a Bioética. A pesquisa foi realizada na base de dados Scielo, sendo dividida em cinco etapas. Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos na língua portuguesa, publicados no Brasil. E como critério de exclusão: artigos que não contemplavam a temática.

Na primeira etapa utilizou-se o descritor “Cuidados Paliativos” e foi utilizada a palavra conceito para filtrar resultados. Iniciou com 16 artigos, que após a aplicação de critérios de inclusão, tornaram-se 9, e depois da aplicação dos de exclusão, totalizaram 8. A segunda etapa associou os descritores cuidados paliativos, enfermagem, e assistência ao paciente, que retornou 29 artigos, restando após os critérios, 17. A terceira etapa associou os descritores cuidados paliativos e humanização da assistência, retornou 12 artigos, restando destes apenas 6. A quarta etapa associou os descritores bioética, enfermagem e cuidados paliativos, retornando 12 artigos e restando 10 destes. E por último, a quinta etapa associou os descritores morte e morrer e humanização, que retornou 8 artigos e totalizou 7.

## 3. REVISÃO DE LITERATURA

### **Cuidados Paliativos: Etimologia e Epistemologias**

Os Cuidados Paliativos são cuidados que não tem por foco a cura de uma devida condição de saúde, mas sim o aumento da qualidade de vida de um paciente. Estes cuidados são ofertados principalmente para aqueles que não podem ser curados de uma doença, ou seja, que não respondem mais de forma positiva a tratamentos com fins curativos <sup>4</sup>.

---

Franco, HCP, et al. Papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo da morte e morrer. RGS 2017;17(2): 48-61.

Estes Cuidados que são defendidos pelos profissionais paliativistas, têm como principal missão uma assistência integral e que proporcione uma morte digna ao paciente <sup>2</sup>. Enquanto há uma necessidade de humanização do processo de morte e morrer, a dignidade surge da discussão que é levantada pela bioética em torno deste modelo de assistência, tendo como consequência uma boa morte, com respeito à figura humana.

O conceito de boa morte defende um modelo de assistência chamado de kalotanásia (*kalós*: boa; *thánatos*: morte) <sup>5</sup>. A kalotanásia hoje é tida como uma perspectiva da morte que agrega sentido ao movimento dos Cuidados Paliativos ou ao movimento *Hospice*, que se originou a partir da análise de características históricas do processo de morte e morrer nas antigas sociedades agrícolas, onde se havia participação comunitária e familiar, em uma ritualização da morte. Mas também nos costumes e na visão que a sociedade espartana adotava a respeito do morrer, glorificando a morte em vitória ou em combate <sup>6</sup>.

Porém a primeira perspectiva de Cuidados Paliativos que teve impacto real na área da saúde nasceu do ideal de assistência ao doente em fase terminal, idealizado por Cicely Saunders <sup>7</sup>. Tal modo de olhar, gerir e executar estes cuidados daria início a uma nova linha de pensamento quando se trata do doente com prognóstico de morte, dando origem a um novo modelo assistência.

Em 1967, é fundado em Londres o St. Christophers Hospice. E é por intermédio dessa instituição, que nascem os Cuidados Paliativos, gerados através da pesquisa e do modelo de assistência executado por Cicely Saunders, médica, enfermeira e assistente social <sup>8-9</sup>. Eis o momento em que surge o movimento *Hospice*, que ao contrário do modelo biomédico de assistência vigente no século XX, foca o paciente e não a doença <sup>10</sup>.

O movimento *Hospice* a se propagar através da psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross, que tomando conhecimento do trabalho de Saunders, funda o primeiro hospice nos Estados Unidos, entre 1974 e 75 <sup>11</sup>. Apesar de ter se iniciado uma expansão maior do movimento, ainda não havia pareceres da Organização Mundial da Saúde (OMS), nem mesmo a sua recomendação.

Ao contrário do que muitos pensam o movimento *Hospice* tem por foco a forma com que se morre <sup>12</sup>. Isso traz uma diferença muito grande no que diz respeito ao olhar que o profissional terá para o paciente e sua condição, fazendo refletir suas atitudes em relação ao plano terapêutico a ser executado, bem como suas responsabilidades em relação à assistência.

O primeiro parecer da OMS em relação aos Cuidados Paliativos surge 30 anos depois de sua origem, em 1990, sendo divulgado em 90 países, e 15 idiomas distintos, colocando-os como quarto alicerce da assistência, junto da prevenção, diagnóstico e tratamento. Apesar de ser colocada como pilar, sua definição se limitou aos cuidados prestados a pacientes com câncer <sup>13</sup>. O que apesar de ser distante da abrangência que os Cuidados Paliativos têm hoje, é um grande avanço para a área da saúde, trazendo a atenção dos profissionais para a assistência na terminalidade.

Pois antigamente nos anos 60, o que ocorria era que o médico, em uma atitude paternalista, decidiria que conduta tomar quanto ao paciente que se encontrava em uma situação de prognóstico de terminalidade, seja por doenças ou agravos, e apenas comunicaria os familiares ou pessoas próximas do paciente sobre sua decisão <sup>14</sup>. Ou seja, nem pacientes, nem familiares teriam poder de questionar e acrescentar quanto suas opiniões e possíveis decisões em relação ao passo seguinte na assistência executada.

Mais tarde, a assistência paliativa se tornaria discutível com familiares e o paciente desde o diagnóstico de uma doença terminal, até o processo de morte e morrer. O que se evidencia pela reafirmação dos Cuidados Paliativos da OMS, os tornando aplicáveis no tratamento inicial de doenças terminais, integrados ao tratamento curativo <sup>15</sup>. Tal afirmação declara que o diagnóstico de doenças agravantes deve ser realizado precocemente, para que o paciente possa ser avaliado, e a partir desta avaliação, possa ter uma assistência planejada, observando-o em todos os seus aspectos, bem como físicos, psicossociais e espirituais <sup>16</sup>.

Isto se deve ao fato de que uma doença causa alterações desde o seu início, até o seu término, e ainda afeta o paciente em todos os seus aspectos <sup>4</sup>. Ainda se discute também, um cuidado presente durante toda a vida do paciente, quando este possui determinada doença crônico-degenerativa <sup>17</sup>. Defende-se que os Cuidados Paliativos devem ter início precoce, e unir esforços

para compreender a situação do paciente, pois tal prática pode proporcionar mais tempo de vida ao paciente <sup>13</sup>. Vale lembrar que a avaliação precoce não prolongará a vida do paciente de forma dolorosa e desumana, mas possibilitará que o cuidado não se prenda a um padrão específico, mas seja construído especialmente para o paciente, visando as melhores consequências.

Para que os Cuidados Paliativos sejam integrais, e possam possibilitar um processo de morte humanizado, contemplando todas as necessidades do paciente, sejam fisiológicas, psicossociais e espirituais, deve se haver a participação na construção do cuidado de uma equipe multidisciplinar, que pode ser composta por medicina, enfermagem, enfermagem técnica, fisioterapia, nutrição, farmácia, psicologia, assistência social, terapia ocupacional, voluntários, mas também de profissionais que possam suprir as necessidades espirituais do paciente, como assistentes espirituais, de acordo com a vontade do paciente e também de seus familiares <sup>18</sup>.

Estes cuidados ainda devem ser executados de forma individualizada, e pensada única e exclusivamente para o paciente e seus familiares, de acordo com a evolução/progressão da doença <sup>19</sup>. Tais cuidados têm a finalidade de melhorar a qualidade de vida de paciente e familiar. Com esta afirmação, é moldado um novo olhar para essa assistência, de forma que possam olhar para aqueles que acompanham o paciente no processo de morte, bem como amenizar agravos e condições incapacitantes as quais o paciente pode estar suscetível nesse processo.

São os norteadores reafirmados dos Cuidados Paliativos: amenizar a dor e sintomas físicos, ver a morte como processo natural, não adiantar ou prolongar o processo de morte e morrer, promover suporte psicossocial e espiritual, promover a independência e autonomia do paciente, e fornecer assistência para os familiares e pessoas próximas <sup>18</sup>.

No Brasil, os Cuidados Paliativos começam a serem postos em prática nos anos 90 <sup>2</sup>, mais especificamente no final da década, dado o primeiro parecer da OMS em relação a este tipo de assistência. Porém, apesar de hoje os Cuidados Paliativos possuírem uma base sólida, e estarem bem definidos para todos os profissionais que atuam no cuidar, ainda existem diversas dificuldades no que diz respeito a sua aplicabilidade.

A principal dificuldade está relacionada em como executar um plano de assistência que promova conforto e alívio sintomático em todas as etapas do processo de morte e morrer, e não um cuidado doloroso, traumático, que prolongue a chegada da morte e o sofrimento presente nesse processo <sup>20</sup>. Nisto se discute o conceito de boa morte, ou qual seria o ideal de processo de morte e morrer.

Porém existem demais dificuldades, uma das principais delas está envolvida com a integração dos Cuidados Paliativos e os Cuidados Curativos. É ideal que todo profissional saiba quando eles são aplicáveis, seja no início de uma doença agravante, ou na finitude da vida <sup>21</sup>. Pois tal conhecimento pode permitir que a evolução de uma doença ocorra de forma mais “saúdável” possível, evitando certos agravos para o paciente.

Então, os Cuidados paliativos tornam-se prática mais que executável em diversos locais, focando em óticas diferentes, porém sempre visando à amenização de sintomas e agravos e suporte integral ao paciente. Podendo ser citados locais como ambulatoriais, enfermarias, equipe multidisciplinar, hospitais exclusivos, hospital-dia, hotelarias e assistência domiciliar <sup>2</sup>.

Outra dificuldade encontrada esta relacionada com o respeito e a forma de lhe dar das equipes de saúde, frente à autonomia do paciente e seus familiares, dada a situação de que estes têm total direito de decidir a conduta da assistência, o que já não tem acontecido com as equipes que estão familiarizadas com os Cuidados Paliativos e sua filosofia <sup>3</sup>. O que muitas das vezes acontece devido aos padrões, o poder, ou a perspectiva do profissional de saúde enquanto detentor de conhecimento da ciência da saúde.

### **A Enfermagem frente aos Cuidados Paliativos**

Em relação à amenização de dor e outros sintomas físicos, a Enfermagem têm de aprender a interpretar não só as queixas verbais, mas aquelas que estão veladas no movimento, na expressão corporal, nos sinais fisiológicos, porém sempre atenta ao ponteiro da obstinação terapêutica quando se trata de procedimentos que podem se tornar repetitivos no dia a dia do paciente.

Os Cuidados Paliativos envolvem todas as esferas do paciente, porém em relação aos sintomas físicos, tem-se uma necessidade maior de uma equipe multiprofissional, visando que um consenso no método terapêutico empregado, não permita que a assistência paliativa se torne de alguma forma distanásia, trazendo sofrimento longo ao paciente, ou se aproxime da eutanásia, acelerando o processo de morte<sup>22</sup>.

Pode-se observar que no caso de medicações fortes, como opioides utilizados para aliviar a dor, existe uma recusa dos pacientes devido ao grau de sedação que a medicação traz ao ser administrada. Nestes casos então, deve-se respeitar o desejo do paciente e respeitar sua decisão de passar pela morte com lucidez, porém sem o alívio da dor presente<sup>23</sup>.

Quanto à visão do processo de morte e morrer, pode-se afirmar que os pacientes que entram em protocolo de Cuidados Paliativos no processo de Morte e Morrer são pacientes em sua grande maioria, que permaneceram por um longo período com a equipe, que serão tratados por um longo período, onde os profissionais depositaram seus esforços e criaram vínculos mesmo que simples, e serão os mesmos pacientes que verão ir a óbito<sup>24</sup>.

A enfermagem em Cuidados Paliativos no processo de Morte e Morrer vê diariamente o sofrimento destes pacientes e de seus familiares na espera da morte, até que ela chegue. Tais eventos tornam-se cotidiano da profissão, porém na maioria das vezes, os profissionais não sabem como lidar estas situações. Isto é um evento comum nos profissionais, onde já não conseguem enxergar a morte como natural. Então é necessário que a Enfermagem desenvolva estratégias para que isto não lhe afete tão nocivamente em longo prazo<sup>25-26</sup>.

Em alguns momentos, a enfermagem pode sentir-se impotente, visto que não pode fazer mais nada por um paciente, ou despreparada em outros, em vista que apenas aprendeu a curar. A morte eminente pode fazer com que estes sentimentos primários se transformem, em raiva, frustração, visto que muitos materializam o evento que era natural, como de sua responsabilidade, como se pudessem ter feito algo mais, ou evitado alguma atitude. A morte passa a ser incômoda de alguma forma, os fazendo inclusive negociar, ou manifestar comportamentos defensivos<sup>24-27</sup>.

Em relação ao respeito e não adiamento da morte percebe-se que existe uma falta de conhecimento do que realmente são os Cuidados Paliativos no processo de Morte e Morrer, sendo comumente confundidos com cuidados críticos. A grande diferença está na essência da paliativação, onde já não existe como objetivo a cura de alguma condição de saúde. Ter este conhecimento permitirá que não ocorra obstinação terapêutica<sup>28</sup>.

Quanto à promoção de suporte psicossocial e espiritual. Pode-se afirmar que esta é uma das dimensões do cuidar da Enfermagem que mesmo quando não se trata de Cuidados Paliativos, ainda é pouco aplicada à prática da profissão. Esta dificuldade pode estar relacionada com sua forma atual, que é abstrata para os profissionais, sendo difícil identificar, diagnosticar, prescrever cuidados, executá-los e ainda avaliar seus resultados<sup>29</sup>.

O Enfermeiro que atua em Cuidados Paliativos, em relação a esta e demais atribuições que lhe pertencem, age como um solucionador, então, tem por papel avaliar toda e qualquer necessidade não suprida, e propor soluções para elas. As necessidades psicossociais e espirituais não deixem de ser uma delas, então devem ser propostos e executados suportes para estas.

A espiritualidade permite que o paciente e todos aqueles envolvidos em sua rotina, familiares, profissionais, encontrem sua unidade, tendo uma noção muito mais ampla sobre a vida e o seu papel nela, repensando os valores que cercam situações como a morte eminente, e encontrando um sentido natural e pleno para que esse tipo de situação com toda e qualquer pessoa<sup>27</sup>.

Nas necessidades espirituais, sabe-se que em muito as instituições hoje ainda pendem, porém existem normativas e protocolos que podem ser opostos mesmo de forma involuntária ao suporte espiritual. Vale lembrar que espiritualidade está além de exercício de culto, mas pode estar ligada a ele também. A enfermagem deverá então, saber quando pode abrir exceções<sup>25</sup>.

Quanto à promoção de autonomia e independência. A autonomia é o direito que o paciente tem de escolher as condutas a serem tomadas nos Cuidados Paliativos, ou nos casos onde este já não tem condições de responder por si, a família. É importante que a enfermagem entenda bem a



filosofia dos Cuidados Paliativos, para que sua posição de profissional de saúde não faça ter uma atitude defensiva ou paternalista, impedindo o paciente e seus familiares de exercerem seus direitos sobre a terapêutica a ser empregada.

Uma das medidas que promove a independência, bem como autonomia do paciente é o acompanhamento paliativo desde o diagnóstico de uma doença degenerativa, ou o suporte a saúde de forma mais precoce possível, nestas situações. Isto permite que o paciente enfrente menos danos em longo prazo. Porém, atualmente, as equipes de enfermagem têm enxergado os Cuidados Paliativos apenas como aqueles que são executados nos últimos dias de vida de um paciente, o que acarreta em um modelo de assistência preventivo “inexistente”<sup>30</sup>.

O acompanhamento multidisciplinar permite também um foco maior em todas as necessidades do paciente, favorecendo uma abordagem mais humanizada e que permita maior independência ao paciente, uma vez que o foco se torna cada vez menos a patologia ou o agravo de saúde. Isto gera um atendimento diferenciado, com profissionais que identificaram e auxiliaram na perda de independência progressiva<sup>31</sup>.

Em relação ao fornecimento de assistência aos familiares e pessoas próximas ao paciente, a equipe de enfermagem deve promover a participação familiar em toda a terapêutica, incluindo estas pessoas no âmbito hospitalar do paciente, e também deve fazer com que o paciente se enxergue como corresponsável, junto de seus entes, mas também como protagonistas, tendo papel ativo em todas as decisões e atitudes da equipe de saúde<sup>25</sup>.

A enfermagem deverá estar atenta também às necessidades psicológicas da família, visto que a morte é um evento que traz sentimentos intensos como a raiva, frustração, luto, que podem desencadear em danos maiores em longo prazo. Deverá saber identificar sinais de comportamento alterado e oferecer apoio e suporte da equipe multidisciplinar, ajudando a família a passar por esta fase da vida.

Tanto no contato com a família, quanto no contato com o paciente, existe uma necessidade de conhecimento de técnicas e estratégias de comunicação interpessoal, sejam verbais ou não verbais, a fim de trazer mais clareza a tudo aquilo que a equipe de saúde deseja passar, seja para transmitir sentimentos afetuosos, comunicar procedimentos, explicar a terapêutica empregada<sup>32</sup>.

Afinal, conforme se insere mais no ambiente hospitalar, a família manifesta curiosidade e dúvidas a respeito da terapêutica empregada com o paciente. Vale lembrar que a comunicação verdadeira, sem que haja distorção de conteúdo em troca de alguma vantagem pessoal para o profissional, serve como ponte para o estabelecimento de confiança e empatia entre a equipe e a enfermagem, o que facilita uma assistência de qualidade. Porém, mesmo se não houvesse vantagem em estabelecer comunicação franca, ela é um direito dos familiares e do paciente<sup>25-33</sup>.

### **Da Relação dos Cuidados Paliativos com a Humanização**

No que diz respeito aos Cuidados Paliativos, apesar de ter sua filosofia de firmada num cuidado integral, a Humanização vem a ser um termo que necessita ser lembrado constantemente por conta do tecnicismo e do reducionismo que este vem adquirindo ao longo dos anos, vindos de um paternalismo presente nos profissionais de saúde que executam este tipo de cuidado<sup>34</sup>.

O tecnicismo e o reducionismo surgem quando o cuidado perde a sua essência, o que pode ser fomentado pelos avanços de recursos tecnológicos que se tornam cada vez mais presentes e dominantes na assistência, pois proporcionam maiores possibilidades de cura, reduzindo a visão dos profissionais a uma visão de remediar, medicar ou intenso curativismo, como se todas as condições de saúde fossem medicáveis, até mesmo na situação de terminalidade e eminente morte.

Por isto, os Cuidados Paliativos compreendem a essência do cuidar, que mais do que dar suporte ao que o outro não pode fazer por si só, na terapêutica paliativa, representa uma responsabilidade muito grande, onde se torna necessária, apesar de toda a dificuldade, uma abordagem que seja híbrida, onde se deve ser firme, porém brando, além de exigir renúncia por parte do profissional, e também a entrega de algo maior do que simples cuidado, um cuidado integral<sup>35</sup>.

O cuidado, por si só, é um fator que leva a humanização, e conseqüentemente a uma melhor qualidade de vida, pois permite que todos os indivíduos envolvidos, mas principalmente os profissionais, entendam seu papel e também tenham consciência do seu dever para com aquilo que esta sob sua responsabilidade. Porém ainda assim existe uma dificuldade em prestar um cuidado integral, contemplando todas as necessidades do paciente <sup>36</sup>.

Pode se observar que muitas das vezes, quando se diz respeito aos Cuidados Paliativos, a qualidade em si não se encontra somente no domínio da habilidade técnica ou no conhecimento daquele que presta o cuidado, porém no proceder do profissional, que não é nada mais do que um reflexo da visão que o mesmo possui, em relação ao paciente e ao seu contexto naquele exato momento <sup>37</sup>.

Ainda pode se afirmar também que, apesar do ato de cuidar ser mais que uma tarefa, uma atribuição do enfermeiro em seu plano de terapêutica, percebe-se que este profissional possui liberdade de escolhas para realizar suas tarefas, porém esta liberdade é circunstancial, e pode trazer conseqüências de alta complexidade. Por isto, o enfermeiro assume riscos, e isto pode servir como indicador da postura do enfermeiro em relação ao outro, ao paciente <sup>38</sup>.

O cuidado envolve também envolve uma díade entre o enfermeiro e o paciente, ou aquele que é o alvo do cuidado da enfermagem, onde os dois possuem uma maneira de pensar e proceder sobre o cuidado. E esta maneira de pensar tem de conversar com toda a assistência de enfermagem, permitindo o cuidado, bem como a identificação de sua necessidade e a aceitação deste cuidado pelo paciente <sup>24</sup>.

A partir de quando houver esta díade, o enfermeiro tem a possibilidade de humanizar a assistência em todos os seus aspectos, inclusive em relação aos familiares e pessoas próximas ao paciente, assumindo então um papel de facilitador e solucionador em sua assistência, permitindo que este possa humanizar a experiência da terminalidade humana, promovendo a qualidade de vida na morte <sup>39</sup>.

É de extrema importância recordar tipos de necessidades que nem todos os profissionais têm o hábito de avaliar, mas que são de extrema importância para o andamento da terapêutica, como necessidades espirituais, sociais, afetivas, pois a morte traz sofrimento existencial, que já deve ser esperado por conta do encontro com a finitude e a natureza de uma fase da vida totalmente diferente das demais <sup>40</sup>.

### **O Processo de Morte e Morrer e a Bioética na assistência de saúde**

A sobrevida de pacientes em processo de terminalidade vem aumentando atualmente. Isto se deve aos avanços tecnológicos na área da saúde, que proporcionam maiores possibilidades de terapêutica para estes pacientes, o que prolonga a sua sobrevida. Porém o aumento desta sobrevida não sugere um aumento na “qualidade de vida” dos pacientes em processo de Morte e Morrer <sup>41</sup>.

Para tal, é necessário que haja fundamentos nos quais a assistência na terminalidade esteja firmada, regrando o exercício profissional, e direcionando o cuidado, a fim de que os Cuidados Paliativos não tenham o seu foco, que é o paciente, e ideal distorcido, que são a promoção de qualidade de vida na morte, ou seja, proporcionar uma morte com dignidade.

Apesar de já não existir uma discussão sobre a manutenção da vida nos Cuidados Paliativos em relação ao processo de Morte e Morrer, como a morte pode ser afirmada como uma certeza, e as condições já estabelecidas são irreversíveis, a vida se torna o foco em si, ou a “vida na morte”, ou seja, os Cuidados Paliativos procuram proporcionar maior qualidade de vida no processo até a chegada da morte <sup>42</sup>.

Então a qualidade, que se dá pela dignidade, é alcançada a partir do respeito ao paciente, respeito que se dá pelo cumprimento de seus direitos, principalmente o da autonomia sobre a sua terapêutica. A Bioética é quem levanta esta discussão na assistência de saúde, assegurando que os pacientes sejam enxergados de forma integral, e não tenham seus direitos violados <sup>43</sup>.

Bioética é um termo que surgiu em uma publicação de Fritz Jahr, no periódico alemão Kosmos, em 1927. Sendo definida como reconhecimento de obrigações éticas em relação ao ser humano e a humanidade <sup>44</sup>. E em 1979, foram estabelecidos os fundamentos da Bioética Clínica, a

partir de uma obra denominada Princípios de Ética Biomédica, sendo eles: autonomia, beneficência e justiça, acrescentando posteriormente a não maleficência. Foi adicionado ainda um quinto fundamento, sendo a Precaução<sup>45</sup>.

Tais fundamentos regram o exercício profissional na área da saúde, mas a bioética tem influência sobre diversas áreas, tendo como objetivo, fazer com que os profissionais entendam seus limites e responsabilidades, bem como direitos e deveres, para com a sociedade e seus clientes. Por isto, a bioética compreende temas desde a manipulação genética, até a gestão ambiental. Regendo, na área clínica, questões geradoras de conflito, desde o início até o fim da vida<sup>46</sup>.

Então, a Bioética é um campo em constante desenvolvimento, que se adequa a realidade das áreas em que é empregada, discutindo temas atuais. É em relação aos Cuidados Paliativos no processo de Morte e Morrer, a Bioética defende o que chamamos de ortotanásia. Sendo ela o limite da conduta médica no processo de terminalidade, fundamentado nos princípios da bioética, em um conjunto de cuidados<sup>47</sup>.

A ortotanásia se refere então, ao processo de morte que ocorre de forma natural, sem que haja aceleração da morte, ou o seu prolongamento. É uma morte natural, porém assistida pela equipe multiprofissional de saúde, de forma que supra todas as necessidades do cliente, bem como aliviando e prevenindo os possíveis agravos, seguindo então, os princípios do Cuidado Paliativo.

A discussão bioética estabeleceu também a limitação de esforços terapêuticos (LET), limitando recursos quando não há chance de cura e morte iminente. Tem critérios como o prognóstico da doença, que deve ser de morte, comorbidades, que diz respeito aos danos que se farão presentes devido à doença ou condição atual do paciente, e futilidade terapêutica, que diz respeito a medidas que podem ser tomadas pela equipe, mas que não trariam benefícios suficientes ao paciente<sup>48</sup>.

Tal medida tem por objetivo restringir o uso de terapêuticas que podem ser exageradas para o paciente, e não lhe proporcionem benefícios equivalentes ao seu sofrimento. Evitando que os Cuidados Paliativos possam se transformar em distanásia, tornando a chegada da morte mais longa, e que inclusive pode acabar se tornando mais sofrida para o paciente.

Porém ao se mencionar a ortotanásia e os Cuidados Paliativos, apesar dela aparentar ser uma omissão do cuidado, Ela contém todo um plano terapêutico, focado nas necessidades do paciente, entregando cuidados que são construídos a partir de uma filosofia que foca o paciente no seu todo, sendo assim um cuidado que não é curativo, como no modelo comum de assistência, porém ainda assim, integral<sup>49</sup>.

Quando o cuidado prestado não foca o paciente em sua integralidade, certas vertentes de terapêuticas podem dar lugar ao que os Cuidados Paliativos realmente defendem. Como a obstinação terapêutica, que quando relacionada à assistência empregada por uma equipe de saúde no processo terminal, pode ser chamada de distanásia, e também a aceleração do processo de morte, que chamamos de eutanásia. São estas práticas que continuam sendo adotadas pelas equipes de saúde, mesmo que involuntariamente. Porém, um plano de cuidados que esteja fundamentado em nestas vertentes de pensamento e filosofias da assistência na terminalidade, caracteriza a falta de prioridade e respeito à dignidade do paciente, indo contra os princípios da Bioética.

Quanto à realização de distanásia e eutanásia no plano assistencial, podem existir extremas ligações e com fatores como a impossibilidade da equipe de saúde em entregar um cuidado que siga o padrão mais fácil e mais empregado de assistência, o padrão de medicalização, de curativismo. Isto pode estar envolvido com o preparo profissional entregue na formação acadêmica, que favorece linhas erradas de pensamento<sup>50</sup>.

Para comprovação de tal argumento, pode-se afirmar que atualmente, nos cursos de graduação em Enfermagem, tem se voltado um foco muito maior na assistência em prol da cura de uma patologia ou condição, estado de saúde, e no processo de adoecimento, do que no processo de Morte e Morrer, que muitas das vezes não é sequer abordado no curso pelos docentes, ou possui espaço nas grades curriculares<sup>51</sup>.

Então, ao se formarem, tais profissionais não têm sequer o preparo teórico para lidar com o paciente paliativo, bem como o preparo prático e psicológico, o que faz com que estes não tenham



se quer uma linha de raciocínio traçada para sua assistência ao lhe dar com os Cuidados Paliativos, o que acaba diminuindo drasticamente o padrão de qualidade dos seus serviços. Por isto a Enfermagem deve ter uma forma exata de pensar e agir para cada tipo de assistência, para poder gerir os cuidados adequadamente <sup>47</sup>.

Um dos principais problemas na assistência apontado pela bioética é a promoção e o permitir ao paciente executar sua autonomia, já que muitas das vezes é difícil definir o nível de consciência do paciente sobre si mesmo e sua situação. Porém uma abordagem multiprofissional, mas que principalmente integre familiares e pessoas próximas ao paciente, além do próprio, e que estejam sendo bem informadas pela equipe de saúde, pode ajudar a seguir um modelo assistencial com um olhar de Humanização da morte <sup>3</sup>.

Isto aponta que uma assistência humanizada deve girar em torno de um bom gerenciamento do plano de cuidados e da situação do paciente, porém tudo isso é definido pelo padrão moral que a profissão tem sobre o profissional, pois existem situações aonde este irá lhe dar com dilemas internos que não são somente éticos, porém pessoais, envolvendo sua moral. Um bom exemplo disto é a comunicação verdadeira com familiar e paciente, que acarreta em confiança nos serviços prestados <sup>52</sup>.

Os profissionais que tem sua visão voltada para o paternalismo hipocrático, ou o curativismo, entre outras vertentes de pensamento errôneas presentes na área da saúde, tendem a não utilizar integralmente os fundamentos da Bioética em sua prática, e muito disto pode estar ocorrendo devido aos conflitos de interesse presentes quando se trata das questões relacionadas à Bioética. Isto se deve ao fato de que os fundamentos da Bioética atuais são insustentáveis por si mesmos, dando espaço para interpretações diferenciadas de pessoa para pessoa, e acabam por não serem universais, pressupondo conteúdo <sup>45</sup>.

Então, em razão do respeito ao paciente, e a insustentabilidade que os fundamentos atuais da Bioética clínica apresentam, têm se sugerido atualmente o estabelecimento de um novo fundamento, sendo ele o fundamento da Alteridade, que tem por princípio a percepção do outro, neste contexto, o paciente que necessita da assistência de saúde.

Outro fator importante em relação à assistência é o de que conflitos de natureza ética e social na assistência em relação a pacientes terminais também têm efeitos sobre os profissionais que executam toda a terapêutica dos Cuidados Paliativos, gerando consequências indesejáveis a estes profissionais, como por exemplo, o estresse e desgaste físico e emocional <sup>53</sup>.

Estas consequências estão envolvidas, em sua grande maioria, por não haver forma de enxergar positividade no trabalho e na função executada, diante da situação. Isto pode fazer com que toda a assistência seja prejudicada, ou até ativar mecanismos psicológicos de defesa nos profissionais, que favorecem condições instáveis da mente, que se tornam um caminho para atitudes que não são pautadas na bioética <sup>54</sup>.

Então a Bioética atualmente, tem discutido também a humanização no trabalho e o apoio para com o profissional de saúde que executa de alguma forma os Cuidados Paliativos, a fim de assegurar no final do processo, uma assistência ao paciente de forma íntegra, ética e humana. Pois um profissional que de certa forma esteja debilitado, não poderá executar adequadamente qualquer tipo de prescrição ou realização de cuidado.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Enfermagem possui o papel de profissional responsável por humanizar a assistência, pois como enfermeiro, sua visão deve estar atenta as reais necessidades que o paciente apresenta, podendo identificá-las rapidamente, seja de forma verbal, ou não verbal, e suprimindo-as da melhor maneira possível, e quando não lhe couber, tendo voz e auxílio de uma equipe multiprofissional. Porém para que isto aconteça, é necessário que o profissional entenda o motivo de se executar Cuidados Paliativos, bem como os seus princípios, que são aquilo que os diferencia de uma assistência comum, intervencionista, curativa.

O modelo de assistência paliativa segue sendo regido pela discussão bioética, que tem por

objetivo trazer dignidade humana ao processo de morte. Por isto, o Enfermeiro que executa tais cuidados deve saber e compreender a influência da bioética no seu dia a dia assistencial, gerando ganhos para o paciente em uma assistência humanizada e segurança de exercício profissional.

A Enfermagem também se torna responsável não somente pelas necessidades fisiológicas, porém aquelas psicossociais, espirituais, afetuosas, que nem sempre serão fáceis de dar suporte assistencial, então o profissional deve assumir papel de facilitador, detectando necessidades e tornando possível supri-las.

Apesar de pesquisar sobre o tema, este artigo não o esgota o assunto, muito menos a temática, sendo sugeridos então estudos que possam apontar para a elaboração de um modelo universal ou padronização de assistência para a enfermagem, aquela que lhe dá com os Cuidados Paliativos de pacientes que estão em processo de Morte e Morrer.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Kovács MJ. A caminho da morte com dignidade no século XXI. Rev. bioét. [Internet]. 2014;22(01):94-104 [Acesso em Julho de 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422014000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000100011&lng=en&nrm=iso).
2. Gomes ALZ, Othero MB. Cuidados Paliativos. Estud. av. [Internet] 2016;30(88):155-66 [Acesso em Julho de 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142016000300155](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000300155).
3. Oliveira ACD, Silva MJPD. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. Acta Paul Enferm [Internet]. 2010;23(2):212-7 [Acesso em Agosto de 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002010000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
4. Silva EPD, Sudigursky D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. Acta paul. enferm. [Internet]. 2008;21(03):504-8 [Acesso em Julho de 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002008000300020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000300020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
5. Morin E. O homem e a morte. 2ª ed. Mem-Martins: Publicações Europa-América; 1976.
6. Floriani CA. Moderno movimento hospice: kalotanásia e o revivalismo estético da boa morte. Rev. bioét. [Internet] 2013;21(03):397-404 [Acesso em Julho de 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422013000300003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000300003).
7. McCoughlan M. A necessidade de cuidados paliativos. Mundo Saúde. 2003;27(1): 6-14.
8. Du Bolay S. Changing the Face of Death: Story of Dame Cicely Saunders. 2ª ed. Great Britain: Brightsea Press. 2007.
9. Kovács MJ. Educação para morte: temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
10. The Support Principal Investigators. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments. J. Am. Med. Assoc. 1995;274 (20):1. 591-8.
11. Matsumoto DY. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Carvalho RT, Parsons HA. Manual de Cuidados Paliativos ANCP: Ampliado e atualizado. 2ª ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP); 2012. p. 23-30.
12. Bradshaw A. The spiritual dimension of hospice: the secularization of an ideal. Soc Sci Med. 1996;43(3):409-19.

13. World Health Organization. Palliative Care. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programs. Module 05. Genève: World Health Organization; 2007.
14. Glaser BG, Strauss AL. Time for dying. Chicago: Aldine Publishing; 1968.
15. Lanken PN, Terry PB, Delisser HM, Fahy BF, Hansen-Flaschen J, Heffner JE, Levy M, Mularski RA, Osborne ML, Prendergast TJ, Rucker G, Sibbald WJ, Wilfond B, Yankaskas JR; ATS End-of-Life Care Task Force. An Official American Thoracic Society clinical policy statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. *Am J Respir Crit Care Med*. 2008;177(8):912-27.
16. Zabalegui A. Palliative nursing care in Spain. *Eur J Cancer Care*. 2001;10(4):280-3.
17. Rego S, Palácios M. A finitude humana e a saúde pública. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2006;22(8):1755-60 [Acesso em Julho de 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000800025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800025).
18. Maciel MGS. Definição e princípios. In: Oliveira RA. Cuidado paliativo. São Paulo: Cremesp; 2008. p. 15-32.
19. Moritz RD, Deicas A, Capalbo M, Forte DN, Kretzer LP, Lago P, Pusch R, Othero J, Piva J, Silva NBD, Azeredo N, Ropelato R. II Fórum do "Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul": definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. *Rev. bras. ter. intensiva* [Internet] 2011;23(01):24-9 [Acesso em Julho de 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2011000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2011000100005).
20. Poles K, Bousso RS. Morte digna da criança: análise de conceito. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet] 2009;43(01):207-15 [Acesso em Julho de 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000100028](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100028).
21. Silva RCFD, Hortale VA. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cad. Saúde Pública* [Internet] 2006;22(10):2055-66 [Acesso em Julho de 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006001000011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001000011).
22. Cardoso DH, Muniz RM, Schwartz E, Arriera ICO. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. *Texto Contexto Enferm*. [Internet] 2013;22(4):1134-41 [Acesso em Agosto de 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000400032&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400032&lang=pt).
23. Baliza MF, Bousso RS, Spinel VMCD, Silva L, Poles K. Cuidados paliativos no domicílio: percepção de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012;25(2):13-8 [Acesso em Agosto de 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000900003&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000900003&lng=pt&tlng=pt).
24. Almeida CSL, Sales CA, Marcon SS. O existir da enfermagem cuidando na terminalidade da vida: um estudo fenomenológico. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014;48(1):34-40 [Acesso em Agosto de 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000100034&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000100034&lng=pt&tlng=pt).
25. Silva AF, Issi HB, Motta MGC, Botene DZA. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepções, saberes e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2015;36(2):56-62 [Acesso em Agosto de 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n2/pt\\_1983-1447-rgenf-36-02-00056.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n2/pt_1983-1447-rgenf-36-02-00056.pdf).
26. Sales CA, Alencastre MB. Cuidados paliativos: uma perspectiva de assistência integral à pessoa com neoplasia. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2003;56(5):566-569 [Acesso em Agosto de 2017]. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672003000500020&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000500020&lng=pt&tlng=pt).

27. Germano KS, Meneguim S. Significados atribuídos por graduandos de enfermagem aos cuidados paliativos. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2013;26(6):522-8 [Acesso em Agosto de 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002013000600003&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000600003&lng=pt&tlng=pt).

28. Santos DC, Silva MM, Moreira MC, Zepeda KG, Gaspar RB. Planejamento da assistência ao paciente em cuidados paliativos na terapia intensiva oncológica. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2017; 30(3):295-300 [Acesso em Agosto de 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002017000300295&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000300295&lng=pt&tlng=pt).

29. Castro MC, Fuly PS, Garcia TR, Santos ML. Subconjunto terminológico CIPE® para pacientes em cuidados paliativos com feridas tumorais malignas. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2016; 29(3):340-6 [Acesso em Agosto de 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002016000300340&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000300340&lang=pt).

30. Gulini JEHMB, Nascimento ERP, Moritz RD, Rosa LM, Silveira NR, Vargas MAO. A equipe da Unidade de Terapia Intensiva frente ao cuidado paliativo: discurso do sujeito coletivo. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017;51:e03221 [Acesso em Agosto de 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342017000100419&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100419&lng=pt&tlng=pt).

31. Matos E, Pires DEP, Sousa GW. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2010;63(5):775-81 [Acesso em Agosto de 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000500013&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500013&lang=pt).

32. Silva MJP, Araújo MMT. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012;46(3):626-32 [Acesso em Agosto de 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000300014&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300014&lng=pt&tlng=pt).

33. Peterson AA, Carvalho EC. Comunicação terapêutica na Enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2011;64(4):692-7 [Acesso em Agosto de 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000400010&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000400010&lang=pt).

34. Siqueira KM, Barbosa MA, Boemer MR. O vivenciar a situação de ser com câncer: Alguns desvelamentos. *Rev Latino-am Enfermagem* [Internet], 2007;15(4):605-11 [Acesso em julho de 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692007000400013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000400013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).

35. Queiroz AHAB, Pontes RJS, Souza AMA, Rodrigues TB. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet], 2013;18(9):2615-2623 [Acesso em julho de 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000900016&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900016&lang=pt).

36. Bettinelli LA, Waskiewicz J, Erdmann AL. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: Pessini L, Bertachini L, organizadores. *Humanização e cuidados paliativos*. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2006. p. 87-100.

37. Silveira MH, Ciampone MHT, Gutierrez BAO. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. [Internet]. 2014; 17(1):7-16 [Acesso em julho de 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232014000100007&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000100007&lang=pt).

38. Martins J. A ontologia de Heidegger. In: Martins J, Bicudo MAV. *Estudo sobre existencialismo, fenomenologia e educação*. 2ª ed. São Paulo: Centauro; 2006. p. 43-56.

39. Sales CA, Grossi ACM, Almeida CSL, Silva JDD, Marcon SS. Cuidado de enfermagem oncológico na ótica do cuidador familiar no contexto hospitalar. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012;25(5):736-42 [Acesso em julho de 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000500014&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500014&lang=pt).
40. Elias ACA, Giglio JS, Pimenta CAM. Análise da natureza da dor espiritual apresentada por pacientes terminais e o processo de sua re-significação através da intervenção relaxamento, imagens mentais e espiritualidade (RIME). *Rev Latino-am Enfermagem* [Internet], 2000;16(6):959-65 [Acesso em julho de 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692008000600004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000600004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
41. Marquis AI. Sufrimiento y cuidados paliativos al final de la vida: hacia una muerte digna. *Rev Argent Cancerol*. 2007; 35 (2): 87-9 [Acesso em julho de 2017]. Disponível em: [http://www.socargcancer.org.ar/revistas/Cancerologiarevista2007\\_02.pdf](http://www.socargcancer.org.ar/revistas/Cancerologiarevista2007_02.pdf).
42. Wittmann-Vieira R, Goldim JR. Bioética e Cuidados Paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(3): 334-9 [Acesso em julho de 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a03.pdf>.
43. Balla A, Haas RE. Percepção do enfermeiro em relação à ortotanásia. *Revista Bioethikos*. 2008; 2 (2): 204-13 [Acesso em julho de 2017]. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/64/204a213.pdf>.
44. Jahr F. Bio=Ethik. Eine Umschau über die ethischen Beziehung des Menschen zu Tier und Pflanze. *Kosmos* 1927; 24:2-4.
45. Stigar R, Mendes AAP, Burci LM, Moraes SH, Hauer RD, Ruthes VRM. O princípio da auteridade como pressuposto para a bioética clínica: em busca de novos aportes epistemológicos. *Thaumazein*. 2017; 10(19): 55-66 [Acesso em julho de 2017]. Disponível em: <http://www.periodicos.unifra.br/index.php/thaumazein/article/view/1817/pdf>.
46. Vasconcelos MFD, Costa SFGD, Lopes MEL, Abrão FMDS, Batista PSDS, Oliveira RC. Cuidados paliativos em pacientes com HIV/AIDS: princípios da bioética adotados por enfermeiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2013; 18 (9): 2559-66 [Acesso em julho de 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a10.pdf>.
47. Santana JCB, Santos AVD, Silva BRD, Oliveira DCDA, Eberth, Caminha EM, Peres FS, Andrade CCD, Viana MBDO. Docentes de enfermagem e terminalidade em condições dignas. *Rev. Bioét*. 2013; 21 (2): 298-307 [Acesso em julho de 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n2/a13v21n2.pdf>.
48. Santana JCB, Dutra BS, Carlos JMM, Barros JKAD. Ortotanásia nas unidades de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros. *Rev. Bioét*. 2017; 25 (1): 158-67 [Acesso em julho de 2017]. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/1308/1627](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1308/1627).
49. Oliveira ACD, Sá L, Silva MJPD. O posicionamento do enfermeiro frente a autonomia do paciente terminal. *Rev Bras Enferm*, 2007; 60 (3): 286-90 [Acesso em julho de 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a07.pdf>.
50. Silva RSD, Evangelista CLDS, Santos RDD, Paixão GPDN, Marinho CLA, Lira GG. Percepção de enfermeiras intensivistas de hospital regional sobre distanásia, eutanásia e ortotanásia. *Rev. Bioét*. 2016; 24 (3): 579-89 [Acesso em julho de 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n3/1983-8042-bioet-24-03-0579.pdf>.
51. Bellato R, Araújo AP, Ferreira HF, Rodrigues PF. A abordagem do processo do morrer e da morte feita por docentes em um curso de graduação em enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(3):255-63 [Acesso em julho de 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/a03v20n3.pdf>.



52. Souza HLD, Zoboli ELCP, Paz CRDP, Schweitzer MC, Hohl KG, Pessalacia JDR. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas. Rev. bioét. [Internet]. 2015;23(2):349-59 [Acesso em Agosto de 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422015000200349&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000200349&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
53. Araújo LZSD, Araújo CZSD, Souto AKDBA, Oliveira MDS. Cuidador principal de paciente oncológico fora de possibilidade de cura, repercussões deste encargo. Rev Bras Enferm. 2009; 62 (1): 32-7 [Acesso em julho de 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/05.pdf>.
54. Simoni MD, Santos MLD. Considerações sobre cuidado paliativo e trabalho hospitalar: uma abordagem plural sobre o processo de trabalho de enfermagem. Psicologia USP [Internet]. 2003;14(2),169-194 [Acesso em Agosto de 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642003000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642003000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).